



DOI: 10.14744/SEMB.2018.88310

Med Bull Sisli Etfal Hosp 2020;54(1):94-97

Orijinal Araştırma

Spontan Pnömotoraks Tedavisinde Torakoskopik Rezeksiyon

Mesut Demir, Melih Akın, Meltem Kaba, Şeyma Filiz, Nihat Sever, Çetin Ali Karadağ, Ali İhsan Dokucu

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Türkiye

Özet

Amaç: Torakoskopik rezeksiyonla tedavi edilen primer spontan pnömotorakslı (PSP) hastaları retrospektif olarak değerlendirmek.

Yöntem: 2010-2016 yılları arasında Video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) ile tedavi ettiğimiz PSP hastalarımızı geriye dönük olarak değerlendirdik.

Bulgular: Çalışma döneminde 10 hasta spontan pnömotoraks nedeni ile hastanemize başvurdu. Yaşları ortalama 16.6 (16-17) olan 5 çocuk (3 erkek, 2 kız) VATS ile opere edildi. Hastaların üçünde bleb, bir hastada Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon (CCAM) tip 2, sonucunda ise patolojik incelemede kronik amfizemli doku vardı. Postoperatif takip süresi herhangi bir komplikasyon olmaksızın 2.2 (1- 4) yıldır.

Sonuç: Spontan pnömotoraks özellikle ergen yaşlarda görülen bir hastalıktır. Başlıca nedenler apikal segment bül formasyonu ve bleblerdir. VATS özellikle apikal segmentlere ulaşmak ve kolay rezeksiyon yapmak için avantajlıdır. Blebler, CCAM ve amfizemli akciğer dokusu spontan pnömotoraksa neden olabilir.

Anahtar sözcükler: Bleb; primer spontan pnömotoraks; video yardımcı torakoskopik cerrahi.

Atf için yazım şekli: "Demir M, Akın M, Kaba M, Filiz Ş, Sever N, Karadağ ÇA, Dokucu AI. Thoracoscopic Resection in the Treatment of Spontaneous Pneumothorax. Med Bull Sisli Etfal Hosp 2020;54(1):94-97".

Primer Spontan Pnömotoraks (PSP) çocukluk çağının nadir görülen bir hastalığıdır. Yüz binde 3,4 sıklıkla ve erkeklerde daha sık görülür.^[1, 2] PSP konservatif tedavi sonrası %30 oranında tekrar eder. Bazı serilerde bu oranın %50-60 olduğu bildirilmiştir.^[3] Konservatif tedavi göğüs tüpü uygulanması ile yapılır. PSP'lerin günümüzde tedavisi halen tartışmalıdır.^[4-5]

Son 10 yılda video yardımcı torakoskopik cerrahi (VATS) PSP tanısı ve tedavisinde popülerite kazanmıştır. Torakosopi sayesinde PSP'ye sebep olan lezyonlar tanımlanabilmekte ve cerrahi tedavisi yapılabilmektedir. Günümüzde VATS, PSP tedavisinde açık cerrahinin yerini almaya başlamıştır. VATS ile bül rezeksiyonları, plevral abrazyon ve plevrektomi PSP tedavisinde başarı ile yapılmaktadır.^[6]

PSP nedeni ile torakoskopik rezeksiyon yapılan hastalarımızı dosyaları üzerinden geriye dönük olarak değerlendirdik.

Yöntem

2010-2016 yılları arasında VATS ile tedavi ettiğimiz PSP hastalarımızı geriye dönük olarak dosyaları üzerinden değerlendirdik. Tüm hastalarımızda PSP tanısı göğüs grafisi ile belirlendi. 2 cm'den daha büyük pnömotoraks olan tüm hastalara toraks tüpü takıldı. 48 saatten daha uzun sürede hava kaçağı devam eden hastalara cerrahi endikasyon konuldu. Diğer cerrahi endikasyonlar; rekürren aynı taraf pnömotoraksları, önceki kontrolateral pnömotoraks varlığı ve dirençli hava kaçağıydı.

Yazışma Adresi: Mesut Demir, MD, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul, Turkey

Telefon: +90 532 362 04 38 **E-posta:** dr.mesut.demir@gmail.com

Başvuru Tarihi: 19.07.2018 **Kabul Tarihi:** 23.07.2018 **Online Yayınlanma Tarihi:** 25.03.2020

©Telif hakkı 2020 Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni - Çevrimiçi erişim www.sislietfaltip.org

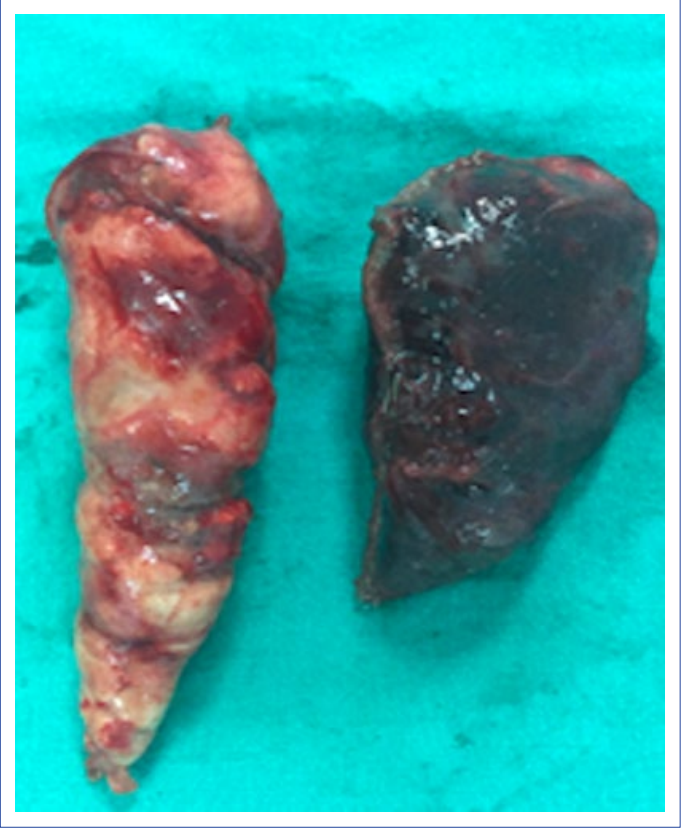
OPEN ACCESS This is an open access article under the CC BY-NC license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>).



VATS prosedürü genel anestezi altında lateral pozisyonda (Şekil 1) anestezi uzmanının deneyimine bağlı olarak çift veya tek lümenli endotrakeal entübasyon (ET) ile yapıldı. 2 adet 5'lik, 1 adet 15'lik port kullanıldı. Bül mevcut olan hastalarda stapler yardımı ile rezeksiyonlar yapıldı (Şekil 2). Postoperatif toraks tüpü konuldu. Taburculuk sonrasında hastalar aynı taraf yada diğer tarafta gelişebilecek pnömotoraks açısından takip edildi (Şekil 3).

Bulgular

Çalışma döneminde 10 hasta spontan pnömotoraks nedeni ile hastanemize başvurdu. Yaşları ortalama 16.6 (16-17 yaş) yaş olan 5 çocuk (3 erkek, 2 kız) VATS ile opere edildi. Bilgisayarlı tomografide (BT) 2 hastada apikal bölgede ve 1 hastada inferior lobun süperior segmentinde bül formasyonu izlendi (Figür 4). Tüp torakostomisinde hava kaçakları devam eden tüm hastalar VATS ile opere edildi ve rezeksiyon için stapler kullanıldı. Bül oluşumu nedeniyle bir hastada apikal lob rezeksiyonu uygulandı. Ortalama tüp torakostomi süresi postoperatif 3.3 (3-5 gün) gündü. Hastaların üçünde bül, bir hastada Konjenital Kistik Adenomatoid Malformasyon (CCAM) tip 2, sonucunda ise patolojik incelemede kronik amfizemli doku vardı. Postoperatif takip süresi herhangi bir komplikasyon olmaksızın 2.2 (1-4 yıl) yıldı.



Şekil 2. Akciğer rezeksiyon materyali.



Şekil 1. Hastanın pozisyonu.



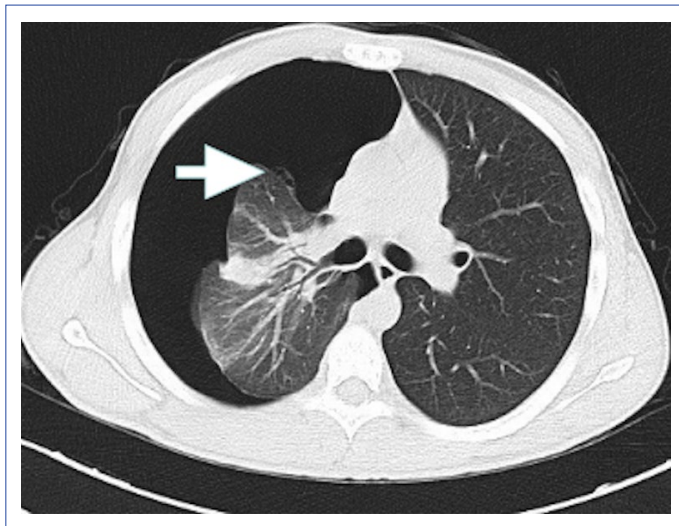
Şekil 3. Postoperatif görünümü.

Tartışma

PSP adölesanlarda ve astenik görünümlü erişkinlerde görülen, yaşamı tehdit eden bir hastalıktır.^[7] Tanı genellikle göğüs grafisi ile konur. BT bül varlığını ve etyolojisini göstermek için gerekli ve faydalı tetkiktir.^[8] Toraks tüpü ile tedavi edilen hastalarda nüks oranı (%30-60) yüksektir.^[9] Definitif tedavi günümüzde popülerlik kazanan VATS ile başarı ile uygulanmaktadır.^[6] Torakosopi ile akciğerin apikal segmentleri rahatlıkla görülebilmektedir. Kullanılan tıbbi malzemelerdeki gelişmeler ile istenilen bölgeye uygun açılarda stepler ile rezeksiyon yapılabilmektedir.

VATS ile plevral abrazyon ve plevrektomi prosedürleri uygulanabilmektedir. Bu işlemler nüks oranını azaltmakla beraber lokal yapışıklıklara ve özellikle plevrektomi sonrası ciddi hematoma gelişmesine sebep olmaktadır.^[10] Adölesan çağda bu prosedür uygulanan hastalar ileriki yaşlarda aynı sebep veya başka nedenlerle opere edildiklerinde, morbitide ve belki de mortalitenin yükselmesine sebep olabilmektedir.^[11] Bu bölgede büyük damarların mevcudiyeti nedeni ile reoperasyonlarda ciddi kanama görülebilir. Bu nedenlerle biz kliniğimizde sadece rezeksiyon yapmayı tercih edip, abrazyon ve plevrektomi prosedürlerini eklemek yerine uzun dönem yakın takip yapıyoruz. Takip süremiz 2.2 yıldır (1-4 yıl). Bu süre boyunca hiçbir hastamızda rekürrens gelişmemiştir. PSP'nin gelişme sebebi yalnızca bül değil CCAM ve amfizem de olabilir.^[12] Bizim de 1 hastamızda rezeksiyon materyalinde CCAM Tip 2 ve amfizem saptadık.

Sonuç olarak; VATS PSP'li pediatrik hastalarda güvenlidir ve günümüzde sık olarak tercih edilmektedir. Plöredezis ve plevrektomi yapmaksızın etyolojiye yönelik akciğer rezeksi-



Şekil 4. Blebin BT görüntüsü.

yonları PSP tedavisinde etkin bir yöntemdir.^[13] Bu hastaların nüks ve karşı tarafta gelişebilecek pnömotoraks açısından uzun dönem takipleri yapılmalıdır.

Açıklamalar

Etik Komite Onayı: Retrospektif çalışma.

Hakemli: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Bildirilmemiştir.

Yazarlık Katkıları: Konsept – M.A., M.K.; Tasarım – Ş.F.; Kontrol – M.D., M.A.; Materyal – Ç.A.K.; Veri toplama ve/veya işleme – N.S.; Analiz ve/veya yorumlama – M.D., A.İ.D.; Kaynak taraması – M.D., M.A.; Yazan – M.D., M.A.; Kritik revizyon – A.İ.D.

Kaynaklar

1. Sahn SA, Heffner JE. Spontaneous pneumothorax. N Engl J Med 2000;342:868–74.
2. Dotson K, Timm N, Gittelman M. Is spontaneous pneumothorax really a pediatric problem? A national perspective. Pediatr Emerg Care 2012;28:340–4.
3. Bialas RC, Weiner TM, Phillips JD. Video-assisted thoracic surgery for primary spontaneous pneumothorax in children: is there an optimal technique?. J Pediatr Surg 2008;43:2151–5.
4. Henry M, Arnold T, Harvey J; Pleural Diseases Group, Standards of Care Committee, British Thoracic Society. BTS guidelines for the management of spontaneous pneumothorax. Thorax 2003;58 Suppl 2:ii39–52.
5. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, Light R, Kirby TJ, Klein J, et al; AACP Pneumothorax Consensus Group. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians Delphi consensus statement. Chest 2001;119:590–602.
6. Tschopp JM, Bintcliffe O, Astoul P, Canalis E, Driesen P, Janssen J, et al. ERS task force statement: diagnosis and treatment of primary spontaneous pneumothorax. Eur Respir J 2015;46:321–35.
7. Light RW. Pleural diseases. 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins; 1995.
8. Young Choi S, Beom Park C, Wha Song S, Hwan Kim Y, Cheol Jeong S, Soo Kim K, et al. What factors predict recurrence after an initial episode of primary spontaneous pneumothorax in children? Ann Thorac Cardiovasc Surg 2014;20:961–7.
9. Ciriaco P, Muriana P, Bandiera A, Carretta A, Melloni G, Negri G, et al. Video-assisted thoracoscopic treatment of primary spontaneous pneumothorax in older children and adolescents. Pediatr Pulmonol 2016;51:713–6.
10. Robinson PD, Cooper P, Ranganathan SC. Evidence-based management of paediatric primary spontaneous pneumothorax. Paediatr Respir Rev 2009;10:110–7.
11. Rokicki W, Rokicki M, Wojtacha J, Filipowski M, Dzejili A, Czyżewski D. Is it possible to standardize the treatment of primary spontaneous pneumothorax? Part 2: surgical methods of treatment. Kardiochir Torakochirurgia Pol 2016;13:328–33.

12. Civelek Z, Dalgıç N, Tanık C, Ertürk ŞM, Akın M, Kafadar İ. Congenital cystic adenomatoid malformation diagnosed during adolescence. *Med Bull Sisli Etfal Hosp* 2017;51:247–51.
13. Zhang Z, Du L, Feng H, Liang C, Liu D. Pleural abrasion should not routinely preferred in treatment of primary spontaneous pneumothorax. *J Thorac Dis* 2017;9:1119–25.